

第5号様式

公益社団法人 日本小児歯科学会  
認定歯科衛生士申請患者一覧表

在職機関所属長名： \_\_\_\_\_ 印

患者イニシャル	性別	初診時の年齢	初診年月日	定期健診 移行年月日
1				
2				
3				
4				
5				

(注)ブラッシング指導および生活(その他)指導を行った症例には番号に○印を付けて下さい。  
各症例の術前・術後の口腔内状況のわかる口腔内写真を添付する事。